

Formulario de solicitud de ayuda económica

Solo complete este formulario si hemos tomado la decisión de su elegibilidad para recibir ayuda económica en base a la solicitud de ayuda económica que completó y los documentos de respaldo que proveyó.

Información del paciente			
Apellido del paciente	Nombre del paciente	Fecha de nacimiento	N.º de expediente (si lo sabe)
Información familiar			
Enumere los familiares que hayan solicitado ayuda económica.			
Nombres y fechas de nacimiento:			
Información de la apelación			
¿En qué parte de la solicitud considera que estamos equivocados en base a nuestra política de ayuda económica?			
<input type="checkbox"/> La manera en que se calcularon los ingresos			
<input type="checkbox"/> Tamaño del hogar			
<input type="checkbox"/> Residencia			
<input type="checkbox"/> Otro _____			
Puede localizar la política de ayuda económica de OHSU Health en: www.ohsu.edu/financial-assistance			